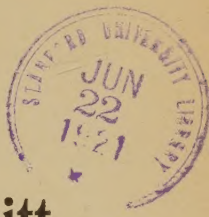
Aus der K. Universitäts-Frauenklinik München
(Direktor: Geheimrat Professor Dr. Döderlein).



Spätere Geburten nach vaginalem Kaiserschnitt.

■■■■

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

KGL. BAYER. LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT
ZU MÜNCHEN

vorgelegt von

Salman Gruber
aus **Odessa** (Russland).

■■■■

München 1913
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Geh. Hofrat Prof. Dr. Döderlein.

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet!

Spätere Geburten nach vaginalem Kaiserschnitt.

Der vaginale Kaiserschnitt ist im Jahre 1895 von Dührssen vorgeschlagen worden, und Mitte 1896 erschien die genaue Beschreibung der Operation unter dem Titel: „Der vaginale Kaiserschnitt." Das charakteristische dieser Operation besteht in der Eröffnung des Uterus- bei völlig erhaltenem und geschlossenem Cervix- durch einen Schnitt von der Vagina zum Uterus, ohne Eröffnung des Peritoneums.

Von den mannigfachen Modifikationen, die dieser Eingriff in den folgenden Jahren erfahren hat, sei an dieser Stelle die in der hiesigen Frauenklinik von Herrn Geheimrat Professor Dr. Döderlein angegebene Methode kurz mitgeteilt:

„Die Portio vaginalis wird mit Plattenspiegeln eingestellt und die vordere Muttermundslippe mit zwei sechskralligen Zangen gefasst und vorsichtig angezogen. Dann wird mit der Schere ein etwa 1 cm langer Einschnitt in die vordere Muttermundslippe gemacht und die vordere Scheidenwand bis zur Mitte ihrer Länge nach gespalten und zwar so, dass ein Scherenblatt dicht unter der Schleimheit der Scheide vorgeschoben wird.

Die Cervixwand legt sich auf diese Weise selbst frei, sie wird dann mit Billroth'schen Klammern so gefasst, dass nur die vordere Cervixwand und nicht gleichzeitig die Scheidewand mitgeklemmt wird.

So gelingt es, die Uteruswand unterhalb der Scheidenwand mehr und mehr freizulegen, während gleichzeitig durch ein Plattenspekulum die vordere Scheidenwand und die sich vorwölbende Blasenwand zurückgehalten wird.

Sollte sich die Blase weiter nach unten herein drängen, so wird sie mit dem Finger nach oben geschoben. Die eingesetzten Klammern bleiben jeweils liegen und dienen so auch zur Blutstillung.

Es werden dann neue Klammern immer höher angesetzt, bis der Schnitt in der vorderen Uteruswand eine Länge von 8—9 cm erreicht hat, den die Hand nunmehr leicht passieren kann, um durch die Eihäute in das Innere zu gelangen, das Kind zu wenden und zu extrahieren.

Die Placenta, die ja meist schon gelöst ist, wird mit leichtem Druck entfernt, und wenn das nicht der Fall sein sollte, manuell gelöst. Es wird dann sofort die vordere Cervixwand angehakt und die Uterus vaginaltamponade nach Dührssen ausgeführt. Die vorderen abgelegten Klammern werden nun wieder an den Wundrändern angelegt, der Schnitt bis zum vorderen Ende eingestellt und zuerst die Uteruswand für sich durch eine fortlaufende Naht mit Jodcatgut vereinigt. Zum Schluss wird dann auch die Scheide mit Catgutnähten vereinigt."

Die Indikationen zum vaginalen Kaiserschnitt hat Dührssen in der eingangs angeführten Arbeit unter folgende drei Punkte zusammengefasst:

1. Abnormitäten des Cervix uteri und des unteren Uterinsegmentes (Careinom, Myom, Rigidität, Stenose, partielle sackförmige Erweiterung des unteren Uterinsegmentes).
2. Lebensgefährliche Zustände der Mutter, welche durch Entleerung des Uterus beseitigt oder gemildert werden (Krankheiten der Lungen, des Herzens, der Nieren, vorzeitige Lösung der Placenta)
3. Lebensgefährliche Zustände, die voraussichtlich den Tod der Mutter herbeiführen.

Auf Veranlassung des Herrn Professor Dr. Döderlein habe ich nun an dem reichen geburtshilflichen Material der Münchner Frauenklinik Erhebungen darüber angestellt, ob und inwieweit der vaginale Kaiserschnitt von Bedeutung für den Verlauf späterer Geburten ist.

In der Münchner Frauenklinik waren vom 1. November 1907 bis zum 1. Januar 1913 unter 14313 Geburten 214 Fälle, welche durch vaginalen Kaiserschnitt entbunden worden sind.

Die Verteilung auf die einzelnen Jahre war folgende:

Im Jahre	Zahl d. Geburten überhaupt	Entbindungen durch d. vaginalen Kaiserschnitt
1907 v. 1. Nov.	291	6
1908	2194	40
1909	2575	43
1910	2684	55
1911	3236	39
1912	3333	31

Zusammenfassung der 214 Fälle:

Indikationen zur Operation	Anzahl der Fälle	günstig		ungünstig		
		Für die Mutter	Für die Fötus	Für die Mutter	Für lebensfähige Kinder	Für nicht lebensfähige Kinder
Alluminurie und Exlampsie	47	37	21	10	7	17
Placenta praevia u. vorzeitige Ablösung	97	95	34	2	9	42
Zu lange dauernde Geburt u. Stillstand derselben, schwache Wehen u. schlechte Herztöne des Kindes	12	12	6	—	2	4
Lungentuberkulose u. Krankheiten der Atmungsorgane	12	12	5	—	—	2
Cerbixstenose	3	3	3	—	—	—
Fieber	3	3	2	—	—	1
Verengtes Becken	8	8	4	—	2	2
Hyperemesis	3	3	—	—	—	—
Nabelschnurvorfall	2	2	2	—	—	—
Tympania Uteri	4	4	—	—	2	2
verschiedene Indikationen	23	22	4	1	3	9

Um zu erfahren, wie spätere Geburten bei diesen Patientinnen verlaufen sind, habe ich an 175 Frauen, bei denen

der vaginale Kaiserschnitt so weit zurück datierte, dass eine wiederholte Schwangerschaft im Bereich der Möglichkeit lag, geschrieben und um Beantwortung folgender Fragen gebeten:

1. Waren Sie seit der Operation wieder schwanger?
2. Wie oft?
3. Wie verliefen die Geburten?
4. War dabei ärztliche Hilfe notwendig?
5. Welche?
6. Leben noch Kinder von späteren Geburten?
7. Haben Sie seit der Operation irgendwelche Beschwerden?

Leider hatten meine Bemühungen nicht den erwarteten Erfolg. Einmal liefen von den 178 Patientinnen nur 62 Antworten ein. Ueber 100 Briefe kamen unbestellbar zurück, trotzdem zur Ermittlung der Adressen selbst die Polizei in Anspruch genommen wurde. Die Gründe für diese geringe Anzahl von Antworten liegen wohl hauptsächlich darin, dass es sich bei dem geburtshilflichen Material der hiesigen Klinik in einem hohen Prozentsatze um ledige Personen handelt, die teilweise später verheiratet mit ihrem Mädchennamen nicht mehr gefunden waren; andere sind nach auswärts verzogen, ohne dass selbst die Heimatgemeinde über den jetzigen Aufenthalt etwas mitteilen könnte.

Zweitens waren von den 62 Frauen, die auf meine Briefe geantwortet haben, nach dem erlebten Kaiserschnitt 44 überhaupt nicht wieder gravid.

Von diesen letzteren geben 34 an, nach der Operation keine Beschwerden zu haben, neun klagen über zeitweise Leib- und Kreuzschmerzen, und nur eine leidet an Retroflexio uteri.

Von den übrigbleibenden 18 Frauen sind vier gegenwärtig zum erstenmale schwanger, zwei von diesen sind beschwerdefrei, eine klagt über Leib- und Kreuzschmerzen während der Periode, und die vierte, bei der chronische Nephritis die Indikation zum vaginalen Kaiserschnitt war, gibt an, ziehende Schmerzen im Leib zu haben, die sich sehr oft wiederholen.

Es bleiben somit zwölf Fälle übrig, die für die vorliegende Arbeit von eigentlichem Interesse sind, d. h. die nach dem operativen Eingriff eine Geburt durchgemacht haben.

Zu diesen kommen noch zwei Fälle, die nebst dem Fall 12 der vorhin genannten, von besonderem Interesse sind, da bei ihnen eine nach dem vaginalen Kaiserschnitt eingetretene Schwangerschaft wiederum durch den gleichen operativen Eingriff beendigt bezw. unterbrochen wurde.

Fall 1.

F. A. aufgenommen am 31. V. 10. als Kreissende. 36 Jahre alt. V. para im 10. Monat. Kind in Hinterhauptslage, tot, mittelgross. Becken normal, Scheideneingang sehr eng. Portio verstrichen Muttermund Fünfmarkstück gross. Placenta praevia. Scheidentamponade mit Jodoformgaze. Seit dem Blasensprunge Blutung. 31. V. Vaginaler Kaiserschnitt. Perforation. Operateur Prof. Dr. Döderlein. Wochenbett ohne Störung des Allgemeinbefindens verlaufen.

Die Frau wurde wieder schwanger, und kam am 18. Juni 1912 nieder. Die Geburt des Kindes erfolgte spontan. Kind lebt. Während der Schwangerschaft in den Weichteilen Schmerzen.

Fall 2.

S. E. aufgenommen am 3. II. 10. als Kreissende. 32 Jahre alt. III para im 8. Monat. Kind tot, klein. Becken normal. Muttermund Dreimarkstück gross. Placenta Praevia. Scheidentamponade mit Jodoformgaze. 10. 45 a. m. Vaginaler Kaiserschnitt. Wendung und Extraktion. Sofortige manuelle Lösung der Placenta. Geringe Blutung. Uterustamponade. Operateur Prof. Dr. Döderlein. Im Wochenbett geringe Temparatursteigerung.

Spätere Geburt 1911. Kind in Querlage im 8. Monat. Wendung. Kind tot. Patientin hat keine Beschwerden nach der Operation.

Fall 3.

S. M. aufgenommen am 6. IV. 11. als Kreissende. 19 Jahre

alt. I. para im IX. Monat. Kind in l. Schädellage, lebt. Becken normal, Scheideneingang weit schleimig. Portio zapfenförmig. Ecklampsie. 6. IV. Vaginaler Kaiserschnitt. Wendung auf den Fuss, Extraktion Kind etwas asphyktisch, wird leicht wieder belebt. Expression der Placenta. Tamponade von Uterus und Scheide. Operateur Prof. Dr. Baisch. Im Wochenbett geringe Temparatursteigerung.

Im Jahre 1912 erfolgte die spontane Geburt eines lebenden Kindes. Keine Störung nach dem operativen Eingriff.

Fall 4.

K. S. aufgenommen am 10. I. 11. 36 Jahre alt. IX. para im 6. Monat. Becken normal. Portio zapfenförmig Muttermund geschlossen. Placenta praevia. Blutungen die letzten Tage. Tamponade mit Jodoformgaze. Vagninaler Kaiserschnitt. Extraktior eines 5 Monate alten Foetus. Placenta folgt sofort nach. Uterustamponade mit Jodoformgaze. Wochenbett normal verlaufen.

Erneute Gravidität 1912. Verlauf der Geburt normal, ohne ärztliche Hilfe. Kind lebt. Während der Schwangerschaft Schmerzen im Kreuz und im Unterleib.

Fall 5.

J. K. aufgenommen am 3. II. 11. als Schwangere. 33 Jahre alt. VII. para im VI. Monat. Becken normal. Wiederholte Blutungen im VI. Monat der Schwangerschaft. Am 3. Tag tritt Blutung ein Scheidentamponade mit Jodoformgaze. 4. II. Vaginaler Kaiserschnitt. Kopf liegt vorn. Kombinierte Wendung auf den Fuss, Extraktion eines unreifen, toten Kindes. Manuelle Lösung der Placenta. Uterus- und Scheidentamponade. Operateur Prof. Dr. Döderlein. Im Wochenbett keine Störungen.

Die Frau wurde wieder schwanger und kam 1912 nieder. Die Geburt erfolgte spontan und ohne ärztliche Hilfe. Kind lebt. Patientin hat keine Beschwerden nach der Operation.

Fall 6.

B. H. aufgenommen am 4. II 10. als Kreissende. 31 Jahre alt. III para im IX. Monat. Kind I Hinterhauptslage, klein, Becken normal. Scheideneingang weit. Portio verstrichen. Muttermund Handtellergross. Placenta praevia. 10. 40a. m. Vaginaler Kaiserschnitt. Wendung und Extraktion eines toten Kindes. Sofortige Expression der Placenta. Geringe Blutung. Operateur Prof. Dr. Döderlein. Patientin verlässt die Klinik gegen ärztlichen Rat.

Zweimalige Gravidität mit Frühgeburten. Die Kinder starben während der Geburt. Patientin leidet seitdem an Herzschwäche.

Fall 7.

L. J. aufgenommen am 12. VII. 09. als Kreissende. 35 Jahre alt. IX. para im IX. Monat. Kind I Hinterhauptlage, lebt mittelgross. Becken normal, Scheideneingang ist mittelweit. Portio verstrichen. Muttermund Dreimarkstück gross. Placenta praevia $6.^{30}$. Vaginaler Kaiserschnitt. Wendung und Extraktion am Fuss. Manuelle Lösung der Placenta. Tamponade der Uterus. Operateur Prof. Dr. Döderlein. Im Wochenbett geringe Temperatursteigerung.

Die Frau wurde wieder schwanger und kam 1910 nieder. Geburtsverlauf normal, ohne ärztliche Hilfe. Kind jetzt 2 Jahre alt, gesund. Patientin hat keine Beschwerden nach der Operation.

Fall 8.

K. M. aufgenommen am 1. X. 09. als Kreissende. 18 Jahre alt. I. para im IX. Monat. Kind I Hinterhauptslage, lebt, mittelgross. Becken normal. Scheideneingang mittelweit. Portio zapfenförmig. Muttermund für einen Finger durchgängig. Eklampsie. Vaginaler Kaiserschnitt Wendung und Extraktion des asphykt. Kindes, das nach einiger Zeit wieder belebt. Tamponade wegen mässiger Blutung. Operateur Dr. Seitz. Im Wochenbett geringe Temperatursteigerung.

Am 22. Dezember 1911 erfolgte die spontane Geburt eines lebenden Kindes. Die Operation hatte keinerlei Störungen zur Folge.

Fall 9.

G. M. aufgenommen 23. VII. 10. als Kreissende. 20 Jahre alt. I para im VII. Monat. Becken normal. Scheideneingang blutet. Portio verstrichen. Muttermund für einen Finger durchgängig. Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta. Vaginaler Kaiserschnitt. Extraktion. Cre'de'. Tamponade. Kind tot. Operateur Prof. Dr. Baisch. Wochenbett gut verlaufen.

Nächste Gravidität 1912. Spontangeburt eines ausgetragenen Kindes. Kind nach 10 Wochen gestorben, Patientin hat keine Beschwerden nach der Operation.

Fall 10.

H. M. aufgenommen am 15. II. 10. als Kreissende 38 Jahre alt. III para im X. Monat. Kind I Schädellage, lebt, mittelgross. Becken normal. Scheideneingang weit. Portio ein em. Muttermund Dreimarkstück gross. Kopf hoch über dem Beckeneingang. Hydrocephalus. Vaginaler Kaiserschnitt. Perforation. Manuelle Lösung der Placenta. Wochenbett ohne Störungen verlaufen.

Die Frau wurde wieder schwanger und kam am 25. IV. 1911 nieder. Die Geburt des Kindes erfolgte spontan. Patientin ist jetzt wieder im 6. Monat gravid.

Fall 11.

A. E. aufgenommen am 9. VIII. 11 als Kreissende. 26 Jahre alt. I para. Scheideneingang eng. Portio erhalten. Muttermund für einen Finger durchgängig. Becken normal. Placenta praevia. Vaginaler Kaiserschnitt. Wendung und Extraktion. Kind unreif. Tamponade der Uterus. Operateur Dr. Eisenreich. Im Wochenbett geringe Temperatursteigerung.

Patientin hatte am 8. Juli 1912 einen Abgang von $4^1/_2$ Monaten. Patientin ist jetzt wieder im 5. Monat gravid.

Fall 12.

M F. aufgenommen am 22. I. 08 als Kreissende. 24 Jahre alt. I para im X. Monat. Kind Schieflage II a, lebt, mittelgross. Becken gleichmässig verengt. Scheideneingang sehr eng. Portio verstrichen. Muttermund für zwei Finger durchgängig. 22/I Vaginaler Kaiserschnitt. Wendung auf den Fuss. Extraktion. Am Damm ein Riss I°. Operateur Prof. Dr. Döderlein. Das Wochenbett nahm normalen Verlauf.

Zwei Jahre später war Patientin wieder gravid. Am 22 V. wurde sie wiederum als Kreissende in die Klinik aufgenommen und durch den vaginalen Kaiserschnitt entbunden.

26 Jahre alt. II Para im X Monat. Kind II Schieflage, lebt, mittelgross. Becken verengt. Scheideneingang weit. Portio verstrichen. Muttermund Fünfmarkstück gross. Narbe am Muttermund. Wehenschwäche. Vaginaler Kaiserschnitt. Wendung und Extraktion. Das Kind ist I° asphyktisch und wird wieder belebt. Operateur Prof. Dr. Döderlein. Wochenbett hatte normalen Verlauf.

Beide Operationen hatten für die Patientin keinerlei Beschwerden zur Folge. Die Kinder leben.

Fall 13.

E. R. aufgenommen am 24. IV. 12. 33 Jahre alt. IX. para im II. Monat. Patientin kommt wegen Stechen auf der Lunge und Auswurf in die Klinik, und will die Schwangerschaft unterbrochen haben. Abortus. Vaginaler Kaiserschnitt. Operateur Prof. Dr. Baisch.

Patientin wurde 1913 wieder durch vaginalen Kaiserschnitt entbunden:

Patientin aufgenommen am 11. II. 13. 34 Jahre alt. X para. Wegen Tuberkulose wird die Patientin zunächst mit hohen Dosen von Röntgenstrahlen behandelt, zwecks Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Die Frühgeburt tritt jedoch nicht ein. Es wird deshalb die Entleerung der Uterus durch Hysterot. vag. ant. vorgenommen. Operateur Prof. Dr. Baisch. Die Hysterot. selbt ist insofern etwas erschwert, als die Blase

infolge eines früheren vaginalen Kaiserschnittes sehr tief herab innig mit der Umgebung verwachsen ist, und Schnitt für Schnitt abpräpariert werden muss.

Weiterer Verlauf der Operation: O. B. Puerperium normal.

Fall 14.

W. W. aufgenommen am 21. V. 08. 37 Jahre alt. II para im IX. Monat. Kind II H. H. L. lebt, mittelgross. Scheideneingang eng. Muttermund Einmarkstück gross. Becken: J. 26, Cr. J. $27^1/_2$, Fr. 32, Conj. ext 18, diag. $10^1/_2$. Allgemein verengtes Becken. Tympania Uteri. Temperatur 39°. Schüttelfrost. Kopf oberhalb des Beckens. Vaginaler Kaiserschnitt. Perforation des lebenden Kindes. Expression der Placenta. Operateur Dr. Seitz. Im Wochenbett geringe Temperatursteigerung.

Patientin wurde am 7. XI. 1912 wieder aufgenommen und durch den vaginalen Kaiserschnitt wieder entbunden.

42 Jahre alt. III para im VI.—VII. Monat. Kind Schädellage lebt, mittelgross. Becken rhachitisch, platt. Zwecks Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen engen Beckens soll die Blase gesprengt und ein Metreurynter gelegt werden. Bei dem Blasenstich stellt sich heraus, dass es sich offenbar um eine Placenta praevia handelt, denn beim durchgehen durch den für etwa einen Bleistift passierbaren Cervikalkanal erfolgt sofort eine ausserordentlich profuse Blutung. Deshalb wird sofort der vaginale Kaiserschnitt vorgenommen. Vaginaler Kaiserschnitt ist insofern etwas erschwert, als die Blase infolge eines früheren vaginalen Kaiserschnittes sehr tief herab innig der Umgebung verwachsen ist und Schnitt für Schnitt abpräpariert werden muss. Das Kind von 7 Monaten geht über der Extraktion zu Grunde. Entfernung der Placenta. Operateur Dr. Eisenreich. Im Wochenbett geringe Temperatursteigerung.

Uebersicht über die 14 Fälle:

Fall	Vag. Kaiserschnitt	Spätere Geburt	Verlauf	Kind	Besond.
1	1910	1912	spontan	lebt	
2	1910	1911	Wendung w. Querlage	tot	
3	1911	1912	spontan	lebt	
4	1911	1912	spontan	lebt	
5	1911	1912	spontan	lebt	
6	1910	2 mal Früh	geburten	tot	
7	1909	1910	spontan	lebt	
8	1909	1911	spontan	lebt	
9	1910	1912	spontan	lebt	
10	1910	1911	spontan	lebt	wieder i. 6. Monat grav.
11	1911	1912	abort. mit	41/2 M.	wieder i. 5. Monat grav.
12	1908	1910	vag. K.	lebt	
13	1912	1913	vag. K.		künstl. Frühgeb. w. Tuberkulose
14	1908	1912	vag. K.	7 Monat stirbt b. d. Extraktion	künstl. Frühgeb. wegen engen Becken

Aus der oben beschriebenen Tabelle schliessen wir, dass der vaginale Kaiserschnitt ohne nachteiligen Einfluss auf den normalen Verlauf späterer Geburten sein kann.

Ueber diese Frage finden wir in der Literatur folgende Angaben:

von Rühl: Ueber den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt nach vorausgegangenem, vaginalem Kaiserschnitt: Rühl hat über 4 derartige Fälle berichtet und zieht den wichtigen Schluss: „dass der vaginale Kaiserschnitt keinen

ungünstigen oder störenden Einfluss für nachfolgende Geburten bedingt."

Auch Moran: Ueber vaginalen Kaiserschnitt mit besonderer Berücksichtigung später folgender Schwangerschaft und Geburt. Verfasser tritt warm für den vaginalen Kaiserschnitt ein und bekämpft die verschiedenen gegen die Operation erhobenen Einwände. Im besonderen beschäftigt er sich mit der im Titel gekennzeichneten Frage. Mit Hilfe Dührssen's hat er 11 Fälle zusammengestellt, die er in kurzen Referaten wiedergibt, bei denen nach überstandenem vaginalem Kaiserschnitt später normale Schwangerschaft und Geburt folgte. Er selbst beobachtete folgenden Fall.

Dezember 1904 vaginaler Kaiserschnitt bei 27jähriger Frau wegen Eklampsie in der Mitte des 7. Schwangerschaftsmonats-Forceps. Kind lebte 30 Stunden. Puerperium normal. November 1905 Patientin wieder gesehen in Konsultation wegen Toxämie. Später ungestörte Schwangerschaft bis Mens $8^1/_2$. Beckenmasse: Ext 22, Spin 27,5 Crist 30 cm. 18. Juli 1906 nach $5^1/_2$ stündiger Wehentätigkeit spontane Geburt eines lebenden Kindes, $6^3/_4$ Pf. schwer. Puerperium normal. November 1906 Nachuntersuchung; Uterus in guter Position, frei beweglich, Fornix normal, gutes allgemeinbefinden. (Eversmann). Ueber zwei Fälle von normal verlaufenen Geburten nach vaginalem Kaiserschnitt macht Bardeleben Mitteilung. Dührssen äussert sich zu dieser Frage folgendermassen: Auf spätere Geburten übt die Operation keinen nachteiligen Einfluss aus. Wenigstens konnte Verfasser bei seinem ersten Fall von vaginalem Kaiserschnitt als Patientin sich 3 Jahre nach der Operation zu einer weiteren Geburt einstellte, die völlige Erweiterung der Cervix durch 6stündige Metreuryse erzielen. Nach spontaner Ausstossung des Ballons wurde durch Wendung und Extraktion aus Querlage ein lebendes Mädchen entwickelt. Auch in dem Fall von Wennerström (Fall 27) fand 2 Jahre nach der Operation eine normale Geburt statt. Ferner berichtete Jerie (Fall 71) aus der Pawlik'schen Klinik über eine spontane Geburt 2 Jahre nach einem wegen Eklampsie ausgeführten vaginalen Kaiserschnitt.

Diese Fälle beweisen also, dass eine Geburt nach vaginalem Kaiserschnitt ohne die geringste Störung verlaufen kann.

Das gesamte Material der Münchner Frauenklinik (1907-1912) und das aus der Literatur bringt uns noch einmal zur Ueberzeugung, dass der vaginale Kaiserschnitt eine sehr wichtige Rolle für die Geburtshilfe spielt, und keine wesentlichen Beschwerden und Störungen im Verlaufe späterer Geburten macht.

Zum Schlusse spreche ich Herrn Geheimrat Professor Dr. Döderlein für Uebernahme des Referates und freundliche Ueberweisung des Themas, sowie Professor Dr. Baisch und Dr. Eisenreich für die liebenswürdige Unterstützung bei der Arbeit meinen besten Dank aus.

Literatur-Verzeichnis.

Boissi: Zentralblatt für Gynäkologie 1906 Nr. 26

Dührssen: Der vaginale Kaiserschnitt

Dührssen: N. Winckels Handbuch der Geburtshilfe S. 585

Dührssen: Gynäkologische Rundschau 1908 Nr. 22

Jerie: Zentralblatt für Gynäkologie 1905 Nr. 7

Moran: Zentralblatt für Gynäkologie 1909 Nr. 11

Rühl: Münchener Medizinische Wochenschrift 1906 Nr. 11

Runge: Berliner Klinische Wochenschrift 1908 Nr. 22.

Lebenslauf.

Salman Gruber ist im Jahre 1888 zu Odessa (Russland) geboren. Er besuchte und absolvierte im Jahre 1908 das privat-klassische Gymnasium N. A. Argejava und N. P. Stuppo in Odessa. Sein medizinisches Studium verbrachte er vollständig in München